UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1919. — N° 11

LA LOCHIOMÉTRIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INFECTION PUERPÉRALE AU DÉBUT, ET DE SON TRAITEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement, le 24 Novembre 1919

PAR

MOUNOT, Octave-Gerbert

Interne des Hôpitaux

Né à Téniet-el-Hâad (Alger), le 24 mars 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *Professeur de clinique obstétricale*..... PRÉSIDENT.
HÉRAIL, *Professeur de matière médicale et thérapeutique*
CABANES, *chargé des fonctions d'agrégé (Chirurgie)*.... JUGES.
FUSTER, *chargé des fonctions d'agrégé (Accouchements)*.

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1919

LA LOCHIOMÉTRIE

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE D'ALGER

Année 1919. — N° 11

LA LOCHIOMÉTRIE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'INFECTION PUERPÉRALE AU DÉBUT, ET DE SON TRAITEMENT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

présentée et soutenue publiquement, le 24 Novembre 1919

PAR

MOUNOT, OCTAVE-GERBERT

Interne des Hôpitaux

Né à Téniet-el-Hâad (Alger), le 24 mars 1889

MEMBRES DU JURY :

MM. ROUVIER, *Professeur de clinique obstétricale*..... PRÉSIDENT.
HÉRAIL, *Professeur de matière médicale et thérapeutique*
CABANES, *chargé des fonctions d'agrégé (Chirurgie)*.... JUGES.
FUSTER, *chargé des fonctions d'agrégé (Accouchements)*.

ALGER
ANCIENNE MAISON BASTIDE-JOURDAN
Jules CARBONEL
IMPRIMEUR-LIBRAIRE DE L'UNIVERSITÉ

1919

UNIVERSITÉ D'ALGER

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DOYEN ..... MM. CURTILLET (O. ✻, I. ✪).
ASSESSEUR ..... TRABUT (✻, I. ✪, O. ❁).

PROFESSEURS

Anatomie	MM.	WEBER (✻, I. ✪).
Anatomie pathologique		POUJOL (I. ✪).
Chimie biologique		MAILLARD (✻, I. ✪).
Chimie médicale et toxicologie		MALOSSE (I. ✪, ◎).
Clinique médicale		ARDIN-DELTEIL (I. ✪).
Clinique chirurgicale		VINCENT (I. ✪).
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie		CURTILLET (O. ✻, I. ✪).
Clinique obstétricale		ROUVIER (✻, I. ✪).
Clinique ophtalmologique		CANGE (✻, A. ✪).
Clinique médicale infantile		CRESPIN (I. ✪).
Histoire naturelle médicale et parasitologie		TRABUT, (✻, I. ✪, O. ❁).
Histologie		ARGAUD (✻, I. ✪).
Hygiène		X.....
Médecine légale		MICHELEAU.
Matière médicale et thérapeutique		HÉRAIL (I. ✪).
Pathologie générale, microbiologie		SOULIÉ (✻, I. ✪).
Pharmacie		X.....
Physiologie		X.....
Physique médicale		DUFOUR (I. ✪).
Clinique des maladies des pays chauds et des maladies syphilitiques et cutanées		GILLOT (I. ✪).

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. A. TREILLE (O. ✻).
BATTANDIER (I. ✪).

PROFESSEUR ADJOINT

M. LEBLANC (✻, A. ✪).

AGRÉGÉ CHARGÉ DE COURS

Physiologie ..... M. TOURNADE (✻).

CHARGÉS DES FONCTIONS D'AGRÉGÉ

Anatomie	MM.	FERRARI.
Accouchements		FUSTER (✻, A. ✪).
Chirurgie		E. CABANES (✻, A. ✪). LOMBARD.
Médecine		RAYNAUD. MONTPELLIER.
Chimie		H. MALOSSE (A. ✪).
Pharmacie et matière médicale		MUSSO (A. ✪).
Parasitologie et sciences naturelles		X.....

NOTA. — La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

A la mémoire de ma Mère

A mon Père

Témoignage de reconnaissance
et d'affection.

A ma Famille

A mes Amis

A mon Président de Thèse :

M. le Professeur J. ROUVIER

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
de Médecine d'Alger
Chevalier de la Légion d'Honneur

A mes Juges :

M. HÉRAIL

Professeur de matière médicale et thérapeutique

M. CABANES

Chargé des fonctions d'agrégé (Chirurgie)

M. FUSTER

Chargé des fonctions d'agrégé (Accouchements)

A mes Maîtres

de la Faculté de Médecine d'Alger
et de l'Hôpital de Mustapha

Je dédie cette Thèse.

AVANT-PROPOS

Ce n'est pas sans une certaine émotion que nous arrivons au terme de nos études. Dans la tourmente qui nous avait arraché à nos parents et à nos maîtres, nous avons tant de fois désespéré d'y parvenir que ce jour semble surgir à nos yeux, imprévu, avec une soudaineté qui nous emplit à la fois de satisfaction et d'étonnement.

Les remercîments que nous devons à ceux qui nous ont aidé ne nous comblent pas de joie autant que nous l'aurions désiré; ils sonnent à notre cœur comme un adieu, brisant les mille liens qui nous attachaient à notre vie d'étudiant, et que nous étions si heureux d'avoir renoués.

Puisque ce jour est venu, nous exprimons nos sentiments de profonde gratitude à nos Maîtres de la Faculté de Médecine et de l'Hôpital de Mustapha, pour les conseils qu'ils nous ont prodigués et la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

Que notre Maître, Monsieur le professeur Rouvier, reçoive ici l'hommage de notre vive reconnaissance pour son enseignement si précieux, pour la parfaite bonté qu'il ne cessa de nous témoigner, pour l'inlassable empressement et la délicatesse qu'il mit à parfaire notre éducation obstétricale.

Qu'il soit assuré de notre entier dévoûment.

Nos remercîments vont aussi à notre Maître, M. le pro-

fesseur Ardin-Delteil, et nous conservons de notre court passage dans son service un précieux souvenir; à notre ami, M. le docteur Pouget, chef de clinique à la Maternité d'Alger, pour les conseils qu'il a bien voulu nous donner au sujet de notre travail; à Mademoiselle Vandomber, maîtresse sage-femme à l'Hôpital d'Alger, qui a gracieusement effectué pour nous des recherches dans les archives de la Maternité.

Nous assurons aussi de notre entière sympathie les compagnons de travail que nous avons retrouvés, et nous saluons respectueusement tous ceux que nous avons perdus.

INTRODUCTION

Ce travail est une modeste contribution apportée à l'étude de l'infection puerpérale au début.

Beaucoup de femmes payent encore un trop lourd tribut à cette infection malgré la connaissance des prescriptions prophylactiques que les médecins s'efforcent de vulgariser.

Si le traitement préventif a pu, dans la majorité des cas, en prévenir les atteintes, le mal n'en reste pas moins incomplètement jugulé.

Nous avons eu l'occasion de suivre le traitement d'un nombre respectable de femmes entrées à l'hôpital de Mustapha pour infection puerpérale. Grâce à notre maître, Monsieur le professeur Rouvier, nous avons eu la satisfaction de constater que nous n'étions pas complètement désarmés.

M. le professeur Rouvier avait, en effet, attiré notre attention sur une complication fréquente de l'endométrite puerpérale, et que l'on pourrait appeler *para-infectieuse*, la « *lochiométrie* ». Sur ces indications nous avons appliqué systématiquement un mode de traitement inusité couramment en dehors de la Maternité d'Alger et dont les observations recueillies proclament l'efficacité.

Ce sont ces résultats que nous avons enregistrés et commentés.

Nous nous proposons donc de montrer :

1° Que l'*Endométrite puerpérale* s'accompagne souvent

d'une *flexion* de l'utérus qui en retenant les lochies infectées exalte la virulence des germes et favorise leur diffusion dans l'organisme;

2° Que le traitement de *cette complication*, joint à celui de l'*infection utérine* permet d'éviter la septicemie plus facilement que la simple stérilisation de l'utérus par les antiseptiques.

A cet effet, nous avons divisé notre travail ainsi qu'il suit :

Dans un premier chapitre nous définissons ce qu'il faut entendre par *lochiométrie*.

Dans un second, nous passons rapidement en revue l'histoire de cette complication;

Dans un troisième, nous en déterminons les causes;

Dans un quatrième, nous en donnons la symptomatologie;

Dans un cinquième, nous décrivons son mode de traitement;

Dans un sixième, nous fournissons quelques détails sur le contrôle bactériologique de l'amélioration de la plaie utérine sous l'influence du traitement;

Dans un septième, nous groupons les observations recueillies à la Maternité d'Alger;

Enfin, dans un huitième chapitre, nous posons les conclusions pratiques que nous avons cru devoir dégager de cette étude.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION

La *Lochiométrie* est la rétention des *lochies* dans l'utérus.

On sait que normalement, dans les journées qui suivent l'accouchement, l'utérus subit un ensemble de modifications étudié sous le nom d'*involution utérine;* c'est la régression de l'utérus à l'état de non gravidité.

Cette involution s'effectue surtout dans les premières semaines des couches, quoique persistant à l'état physiologique jusqu'au grand *retour des couches*, sa marche doit être suivie en étudiant les rapports du fonds de l'utérus avec le bord supérieur du pubis.

D'autre part, pendant toute la durée des suites de couches, c'est-à-dire durant plus de vingt jours, il se fait par l'utérus un écoulement sanguin et séreux plus ou moins abondant, d'odeur fade comme celui des règles, subissant des modifications qualitatives et quantitatives normales et qu'on appelle *les lochies*.

Que, pour des raisons que nous étudierons plus loin, l'involution se fasse mal, que l'*antéflexion utérine* s'exagère, la coudure qui en résultera transformera la cavité de l'utérus en cavité close. Les lochies, cesseront de s'écouler, la *lochiométrie* sera constituée.

Sous l'influence de ces mêmes causes, les lochies ainsi retenues subiront des modifications qualitatives et quantitatives anormales qui nous permettront dans la suite de préciser ce syndrome.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

Cette complication des suites de couches a été longtemps méconnue quoique la *suppression* des lochies au cours des infections puerpérales ait attiré l'attention des premiers accoucheurs. On connaissait l'effet, on ignorait la cause; Hippocrate rendait cette *suppression* des lochies responsable de la fièvre puerpérale, alors que la véritable cause de *cette suppression* réside au contraire dans la *rétention* des lochies, *in utéro*, secondaire à l'infection puerpérale localisée. Même de nos jours, cette suppression des lochies n'a pas sufffisamment attiré l'attention sur sa véritable cause; c'est à peine si les auteurs ébauchent la question et de ce fait la *lochiométrie* n'apparaît pas aux yeux des praticiens avec toute l'importance qu'elle comporte.

Dans leur traité de Gynécologie, *J.-L. Faure et Siredey*, à propos des *métrites chroniques puerpérales* expliquent que le processus infectieux déterminant un certain relachement des ligaments, l'utérus, habituellement dévié, plutôt versé *que fléchi*, alourdi par la sub-involution, tend à s'incliner sous le poids de la masse intestinale, tantôt en avant, tantôt en arrière, au point de se présenter maintes fois dans une situation à peu près horizontale, et que cette déclivité de l'organe empêche l'*écoulement des sécrétions* et facilite leur *stagnation* dans la cavité utérine.

Outre que le mécanisme invoqué ici, n'est pas celui

que nous avons le plus fréquemment constaté au cours des *métrites aiguës puerpérales*, Faure et Siredey parlent de la rétention des *sécrétions* et non de la *rétention des lochies*.

Bar, Brindeau et Chambrelent, dans la pratique de l'art des accouchements, envisagent la *lochiométrie* sous son véritable jour, mais ne la citent que comme un accident. Voici tout ce qu'ils disent à son sujet : « Au cours « de l'endométrite puerpérale la quantité des lochies peut « être diminuée ou même nulle en cas de forte anté- « flexion,; cette absence des lochies attire l'attention du « côté de l'utérus, que l'on trouve gros et mou; en le « redressant on donne issue à un flot de sang mêlé de « caillots noirâtres et putréfiés; l'évolution est semblable « à celle des pyélonèphroses intermittentes, les symptô- « mes infectieux disparaissant quand les lochies s'écou- « lent pour éclater à nouveau quand l'utérus se replace « en antéflexion. La lochiométrie peut être cause d'acci- « dents très graves. »

D'autres auteurs effleurent la question de la lochiométrie à propos du traitement *des infections puerpérales par le drainage*, sans s'arrêter davantage sur cette complication. C'est ainsi que *Ribemont-Dessaignes* indiquent le drainage comme médication intra-utérine dans l'*infection puerpérale*. D'ailleurs, les premiers essais de drainage au cours des *infections puerpérales* furent faits en 1877 par *Volkmann et Scheede*. *Fritsch, Fehling, Milton*, le recommandent aussi en 1891 dans les *métrites aiguës puerpérales*. *Bonnaire* en 1892, *Mouchotte* en 1902 préconisaient cette méthode pour assurer l'écoulement continu du pus uterin dans les *infections puerpérales*. Quoique connue, quoique traitée, nulle part, la rétention des lochies n'est considérée comme une complication *habi-*

tuelle voire même *fréquente* de la *métrite puerpérale*. C'est précisément sur cette fréquence que nous désirons attirer l'attention du praticien afin de le mettre en garde contre un mal facilement conjurable dont le traitement peut, non seulement faire bénéficier l'endométrite elle-même, mais aussi prévenir la généralisation de l'infection.

CHAPITRE III

CAUSES DE LA LOCHIOMÉTRIE

Pour réaliser la rétention des lochies, il faut et il suffit que l'utérus de la parturiente subisse une *déviation exagérée*, interceptant toute communication entre le vagin et la cavité utérine.

Connaître les causes de cette déviation c'est connaître toute la pathogénie de la lochiométrie.

A l'état normal, l'utérus est légèrement *fléchi* en avant.

Dans les cas pathologiques on le trouve *versé* ou *fléchi*, d'une manière exagérée, soit en *avant*, soit en *arrière*.

Il est incontestable que l'*antéflexion* est de beaucoup la plus commune des déviations de l'utérus; c'est elle que nous avons observée, comme cause permanente de la lochiométrie, dans les 32 observations que nous avons pu enregistrer, mais la flexion se ferait-elle autrement que la lochiométrie n'en résulterait pas moins à partir du moment où la coudure serait suffisante pour obstruer le passage entre la cavité utérine et le vagin.

Cette fréquence de l'*antéflexion exagérée* tient à des causes multiples, particulières, ou communes aux autres déviations, dont nous allons maintenant nous occuper.

En premier lieu, cette antéflexion peut être d'ordre *dystrophique*, c'est-à-dire avoir pour origine une *malformation* en rapport avec un vice de développement. Elle apparaît dans ce cas d'emblée, dès le jeune âge, en dehors de tout processus inflammatoire ou infectieux.

En second lieu, elle peut apparaître comme une *déformation* consécutive à un arrêt de l'involution utérine résultant d'une endométrite puerpérale (dans les autres métrites les déviations sont tout à fait exceptionnelles. *Faure et Siredey*). Ou bien à une tumeur utérine. Dans ces cas, l'antéflexion est due à des modifications complexes portant avec une prédominance variable sur le *parenchyme utérin*, sur les *divers ligaments pelvien* et même sur le *tissu fibreux de l'abdomen*.

La plaie placentaire est une porte d'entrée largement ouverte à l'infection, c'est par elle que pénètre l'agent pathogène dans l'immense majorité des cas, la dénudation de la muqueuse fournit à la fois aux germes un excellent terrain de culture et de puissants moyens de diffusion, en même temps que le parenchyme utérin épaissi, traversé de vaisseaux lymphatiques et sanguins très développés leur offre un accès plus facile. Il en résulte que d'emblée l'utérus tout entier prend part à l'inflammation, c'est ce qui donne à la métrite puerpérale son caractère de diffusion en même temps que son évolution si particulière aboutissant souvent à la métrite parenchymateuse.

Les lésions atteignent ici le myomètre et la muqueuse sur les parties où elle préexiste après l'évacuation de l'œuf. Elles sont caractérisées par les phénomènes majeurs du processus inflammatoire, nécrose, troubles vasculaires avec diapédèse, phagocytose et prolifération des éléments fixes. La couche interne est constituée par un coagulum de fibrine et d'éléments nécrosés comprenant des cellules déciduales, puis la zone des glandes hyperémiées, enfin le myomètre, infiltré de polynucléaires, et c'est cette *métrite parenchymateuse* qui cause l'arrêt de l'involution utérine et qui est le point de départ des *déviations pathologiques*.

L'inflammation, en effet, paralyse le muscle utérin qui devient moins contractile et qui reste en conséquence gros et inerte.

Les parois de l'utérus, ramollies, tendent à s'incurver sous la pression des viscères abdominaux, s'exerçant de préférence sur la face postérieure de l'organe, et qui ajoute son influence à celle d'une rétraction marquée du ligament utéro-sacré, attirant et fixant le col en arrière, rétraction consécutive à la lymphangite qui étend l'infection au paramétrium et au péritoine pelvien. L'utérus primitivement antéversé s'infléchit au niveau des brides qui immobilisent le col, le corps seul se penchant en avant. A cette pression constante s'ajoute celle due aux efforts résultant d'une constipation opiniâtre, fréquente chez les accouchées et particulièrement chez les accouchées infectées; il est en effet reconnu que cette constipation n'est pas seulement fonction du décubitus dorsal mais aussi du processus infectieux qui paralyse la musculature du tube digestif tout comme il paralyse celle de l'utérus. Enfin chez les femmes qui se lèvent trop tôt, alors que l'involution n'est pas complète, l'utérus tend à se fléchir en avant, sous le poids du corps utérin dont la face antérieure est la plus volumineuse, et auquel s'ajoute quelquefois celui d'un fibrome inclus dans cette paroi.

En dehors de cette action physique des gros fibromes, se surajoutent des *modifications* subies au cours de la grossesse, et de l'involution *par tout utérus fibromateux*, modifications qui aboutissent dans la pluralité des cas à *des flexions* du corps de l'utérus sur le col et qui provoquent la rétention des lochies. Il est à remarquer, en effet, que les femmes à *utérus fibromateux*, font presque fatalement de la lochiométrie. Même, dans les cas où

l'endométrite est bénigne, l'*antéflexion* est la déviation le plus fréquemment observée. En effet, comme il résulte des recherches de *Pinard, Caüvenberghe* et *Varnier*, dans 65 % des cas la plaie placentaire se rencontre à la partie *postero-inférieure* de l'utérus, c'est-à-dire à proximité du ligament utéro-sacré, rapidement atteint par la lymphangite et dont l'altération produit, comme nous venons de le voir, la *flexion* de l'organe en avant.

L'association : *métrite* et *antéflexion* est donc dans ces cas inséparables, mais même lorsque l'antéflexion est primitive l'infection ne fait pas défaut car la déviation de l'organe provoque l'accumulation des sécrétions dans l'utérus transformé en cavité close, et favorise ainsi la prolifération des germes qui ont pu y pénétrer au cours des manœuvres d'un accouchement plus ou moins difficile.

De ces constatations il résulte que :

1° *La rétention des lochies, dans la cavité uterine s'accompagne toujours d'endométrite puerpérale;*

2° *L'endométrite puerpérale précède, dans la pluralité des cas, l'antéflexion, par conséquent la lochiométrie.*

Enfin, la fréquence des déviations, en particulier de l'*antéflexion* au cours des endométrites puerpérales, nous autorise à poser en principe que :

3° « *Dans l'endométrite puerpérale la lochiométrie est « la règle et la non rétention des lochies l'exception.* »

Comme cette rétention peut être le point de départ d'une généralisation de l'infection on comprend l'intérêt qu'il y a à la dépister le plus tôt possible. Et cette remarque d'ordre expérimental a des conclusions pratiques trop intéressantes pour ne pas être prise en considération.

CHAPITRE IV

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC
DE LA LOCHIOMÉTRIE

L'endométrite puerpérale accompagnant toujours la rétention des lochies, les symptômes se confondent en partie et sont inséparables. Nous allons donc en précisant les signes cliniques précoces de l'endométrite puerpérale et en insistant sur les moyens de diagnostic de la rétention des lochies, faire le tableau de la lochiométrie.

Ce diagnostic repose sur des signes tirés :

1° *De l'état général;*
2° *Du palper et du toucher;*
3° *De l'examen au spéculum;*
4° *Du cathétérisme utérin.*

1° Signes tirés de l'état général :

Varnier, dans son obstétrique journalière, prétend que : « Toute femme chez laquelle la température axillaire « oscille entre 38 et 39° dans les trois ou quatre premiers « jours de l'accouchement, avec ou sans frissons, avec ou « sans odeur des lochies, doit être d'abord considérée « comme infectée et traitée comme telle. »

Dans sa thèse inaugurale, le Dr Hamou a montré que cette formule était excessive et que nombreuses et variées étaient les causes du symptôme fièvre avec ou sans frissons dans les suites de couches, nombreuses étaient les

causes de lochies fétides et du syndrome fièvre, avec lochies fétides, et qu'il était de toute utilité de dépister les causes d'erreur et de les rapporter à leur véritable origine.

Lorsque, dans les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement on observe : *de la fièvre, des frissons, de la douleur abdominale*, il faut songer immédiatement à l'*infection puerpérale*, mais avant de traiter, avant de faire une seule injection intra-utérine, nous devons être certain que ces signes n'ont pas d'autres causes.

N'oublions jamais que l'endométrite est l'accident des suites de couches, le plus fréquent, et si ses symptômes particuliers n'apparaissent pas d'une façon suffisante, nous devons éliminer tous les autres diagnostics afin de pouvoir entreprendre le plus rapidement possible la désinfection utérine.

A ce sujet, *Pinard* disait (*Semaine Médicale du 21 août 1895*) : « Chez toute femme accouchée qui présente une ascension thermique dans les six premiers jours qui suivent l'accouchement, soupçonnez toujours l'infection puerpérale utéro-vaginale; et, si vous ne trouvez nulle part ailleurs d'une façon absolument nette la source de cette élévation de température, *diagnostiquez-la, avouez-la, traitez-la*. La température 38° est l'indication formelle d'une injection intra-utérine. Mais n'oublions pas non plus que l'état de parturiente ne met pas la femme à l'abri des pyrexies (*variode, typhoïde, grippe, scarlatine, paludisme*, etc...), des accidents d'une maladie chronique, des *crises appendiculaires*, des *coliques salpingiennes, hépatiques, néphrétiques*, d'une *pyélonéphrite* ; qu'après l'endométrite puerpérale, les accidents les plus fréquents sont dus à la *stercorémie*, aux *crevasses* des seins, aux *éraillures* du vagin, aux *déchirures* du col et du périnée ;

que ces états peuvent coexister avec l'endométrite puerpérale bénigne, et que la *fièvre de lait*, invoquée si souvent, *n'existe pas*.

2° Signes tirés du palper et du toucher

Nous avons là d'abord une triade symptomatique rarement incomplète. La *sensibilité anormale*, le *défaut de consistance de l'utérus* et le *retard dans l'involution*.

La *sensibilité* de l'utérus et de l'abdomen peut présenter tous les degrés. C'est le corps utérin, ou le col qui sont douloureux et non les culs de sac. L'*involution utérine s'arrête*, alors qu'au deuxième jour de l'accouchement l'utérus doit être à 12 centimètres au-dessus du pubis, qu'au quatrième jour il doit être à 10 centimètres, à 8 centimètres le septième jour, à 7 centimètres le huitième jour et que, vers le dixième jour, il doit être complètement dans l'excavation. On trouve que cette régression ne s'effectue pas, la hauteur de l'utérus restant sensiblement la même, ou étant même accrue.

Le *défaut de consistance* se constate par le palper et le toucher combinés, l'utérus est mou surtout sur les parties latérales, alors que dans les cas normaux sa dureté apparaît presque immédiatement après l'expulsion du placenta. Le toucher permet de nous rendre compte aussi que le col utérin, qui, normalement doit être fermé vers le quatrième jour, est gros, mou, largement entr'ouvert, laissant passer un ou plusieurs doigts.

3° Signes tirés de l'examen au spéculum

La *béance du col*, son *inflammation* et *l'écoulement* attirent ici l'attention.

Si la rétention des lochies n'est pas encore constituée

on les voit s'écouler, et tout le fond du vagin est imprégné d'un pus chocolat d'odeur fétide.

Normalement, les lochies sont successivement sanguines, séro-sanguinolentes, séreuses, d'odeur fade.

Quand elles deviennent purulentes et fétides, il faut songer soit à une rétention de cotylédon, de membrane, de caillot, soit à une endométrite puerpérale sans rétention de débris ovulaire.

Nous parlons bien entendu des lochies prises au niveau du col et non dans le vagin.

Si le col étant gros, béant, enflammé, l'écoulement des lochies n'a pas lieu, songer à la rétention, et employer le dernier mode d'examen que nous avons signalé (*le Cathétérisme*).

4° Signes tirés du cathétérisme utérin

Lorsque, par la constatation des signes précédents, le diagnostic d'endométrite est fait, il est de toute importance de se rendre compte, si cette endométrite s'accompagne ou non de *rétention des lochies*. Même dans les cas où ces signes sont très atténués, où la température seule accuse, par sa montée, vers le 3e, 4e, souvent 7e jour, un certain degré d'infection, et que rien, en dehors de l'utérus ne motive une telle élévation, il ne faut pas hésiter à pratiquer le cathétérisme utérin, car souvent dans ces cas la sonde fait le diagnostic. Le pus s'écoule plus ou moins abondamment; c'est le signe capital de la rétention.

On doit, sans crainte, pratiquer le sondage intra-utérin; sa technique ne justifie pas les hésitations qu'il a longtemps fait naître, et les bienfaits qu'on en retire doivent nous le faire considérer comme une manœuvre anodine, à condition toutefois de ne pas se départir des règles ordinaires de l'asepsie.

A la Maternité d'Alger, on se sert d'une sonde en cristal, stérilisée par l'ébullition et conservée dans une solution de sublimé au millième.

Après avoir procédé à la toilette minutieuse des voies génitales externes, après avoir donné un lavage vaginal au liquide de Tarnier, nous plaçons le spéculum, et au moyen d'un tampon tenu au bout d'une pince, nous badigeonons à l'iode le col, en pénétrant sans crainte dans l'orifice béant. Puis, en évitant de la mettre en contact avec les parois vaginales, nous faisons pénétrer la canule, la concavité du bec étant dirigée vers le haut. La canule pénètre sans difficulté dans l'orifice externe, un peu plus profondément on sent souvent une légère résistance, déterminée par le coude de flexion, qu'une pression en arrière, accompagnée de quelques mouvements latéraux du bec de la canule arrive souvent à vaincre, et si la lochiométrie est constituée, l'apparition dans la canule d'un liquide purulent et fétide que l'on recueille dans un récipient approprié, préparé d'avance, indique qu'on est dans la cavité utérine. Il n'en est pas toujours ainsi, l'utérus étant parfois fortement antéfléchi. Le bec de la canule, introduite horizontalement, vient heurter la paroi postérieure de l'utérus qui offre ainsi une résistance qui ne saurait être vaincue impunément sans le secours d'une petite manœuvre sur laquelle *Varnier* insiste avec raison, au sujet des difficultés que peut présenter l'injection intra-utérine.

« J'ai constaté, dit-il, que beaucoup de médecins et de « sages-femmes croyant faire une injection intra-utérine « ne faisaient en réalité d'injection que dans le sac mou « et pendant que forment sur l'utérus puerpéral le col « plus le segment inférieur, sans pénétrer en réalité, dans « le corps proprement dit. Voici ce qui se passe. On intro-

« duit l'extrémité de la sonde suivant l'axe vulvaire, à « peine a-t-elle pénétré de deux à trois centimètres qu'on « éprouve une très légère résistance dont on triomphe « aisément, on sent alors le bec pénétrer de deux à trois « centimètres encore en abaissant le pavillon légèrement, « le va et vient du liquide s'établit immédiatement et « l'opérateur *se croyant sûr d'être dans la cavité utérine*, « *laisse en dehors plus de la moitié de la sonde*. Si à ce « moment vous prenez l'instrument et que *vous abaissiez* « *davantage encore le manche* entre les cuisses *en dépri-* « *mant* la fourchette pour mettre le bec dans l'axe du « *détroit supérieur*, vous éprouverez de nouveau une « résistance plus marquée; beaucoup s'arrêtent effrayés, « mais continuez sans crainte et bientôt vous aurez la « sensation réelle d'une résistance vaincue en même temps « que votre sonde, avalée pour ainsi dire, disparaît pres- « que complètement. »

Il est indiqué de refouler la face antérieure de l'utérus avec la main qui palpe, afin de redresser l'antéflexion et de faciliter l'intromission de la sonde.

Lorsque la symptomatologie permet de poser le diagnostic d'endométrite puerpérale et que le cathétérisme utérin reste négatif; si la fièvre persiste malgré les injections, nous conseillons de renouveler le sondage à quelques jours d'intervalle, le pus pouvant être retenu tardivement, à moins que le traitement que nous préconisons dans notre thèse ait été institué d'emblée.

Le cathétérisme-utérin permet encore de faire l'examen bactériologique des lochies. A l'état normal, les lochies sont dépourvues de micro-organismes. *Pasteur*, en 1885, a montré que l'absence absolue de germes dans les lochies correspondait à l'absence de fétidité et à des suites de couches normales, qu'au contraire la présence de micro-

organismes coexistait avec une fétidité plus ou moins marquée et indiquait un état pathologique existant ou imminent. Les mêmes constatations ont été faites par *Dœderlin* et *Winter*. Sur les conseils de M. le *Docteur Pouget*, nous avons systématiquement effectué des numérations microbiennes selon la technique préconisée par le *Docteur Carrel*, à propos des plaies infectées. Ces numérations nous ont donné des renseignements sur le degré de l'infection et sur son évolution consécutive au traitement que nous avons appliqué. Nous nous étendrons sur cet examen bactériologique, dans le Chapitre IV, au sujet du contrôle bactériologique de l'amélioration de la plaie utérine sous l'influence du drainage.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DE LA LOCHIOMÉTRIE

Il importe de traiter rapidement la lochiométrie, et de cesser ce traitement en temps voulu. C'est ce double but que nous nous proposons d'atteindre dans ce chapitre et le suivant.

L'utérus, infecté et obstrué comme nous le trouvons dans la lochiométrie, constitue une *cavité close*, propice à la pullulation des espèces microbiennes infectantes, et surtout favorable à la multiplication des anaérobies. Et cette rétention des lochies consécutive à l'infection localisée sera, si elle n'est pas traitée, une des causes de la diffusion des germes, *une des causes de la septicemie*.

Jusqu'ici le traitement classique, préconisé dans les endométrites puerpérales a été l'*injection intra-utérine*. Ce traitement visait à établir la désinfection de la cavité utérine par l'antisepsie; tout en reconnaissant les avantages de ce traitement dans les endométrites puerpérales évoluant sans rétention des lochies, nous sommes amenés à le considérer comme insuffisant dans les cas de lochiométrie. Il est indispensable de s'attaquer à cette complication en même temps qu'à l'infection elle-même.

Quand un chirurgien se trouve en présence d'une collection purulente, sa première idée n'est-elle pas de *l'évacuer* ? L'utérus clos et infecté est justiciable d'un pareil traitement; sans attendre même la rétention du pus il est indiqué d'en faciliter l'écoulement, *Carrel* a pendant la guerre institué et tiré des avantages énormes du traitement des plaies infectées par le drainage ?

C'est ce traitement mixte : injection *intra-utérine et drainage* appliqué depuis de longues années à la Maternité d'Alger sur les conseils de M. le *professeur Rouvier*, que nous allons décrire, et dont nous montrerons les avantages dans notre série d'observations. Que la rétention des lochies soit constatée ou non, les injections intra-utérines doivent être administrées le plus tôt possible.

« Je fais donner une injection intra-utérine, disait *Tarnier*, toutes les fois que chez une nouvelle accouchée la température axillaire atteint ou dépasse 38°. Toute femme, en effet, chez laquelle se produit une ascension de la température au-dessus de 38° surtout dans les cinq premiers jours qui suivent l'accouchement, doit, jusqu'à plus ample informé, être considérée comme atteinte de septicemie puerpérale, que l'ascension termique soit ou non accompagnée de frissons, qu'elle coïncide ou non avec la fétidité des lochies. De plus, comme il est impossible au début de la maladie de savoir d'avance le degré qu'atteindra l'infection, et de prévoir s'il s'agira d'une forme bénigne ou d'une forme grave de septicemie puerpérale, il sera prudent de se conduire comme s'il s'agissait d'un cas grave et, par conséquent, il faudra *sans hésiter, et sans perdre un instant*, instituer un traitement local énergique et agir activement sur l'utérus qui habituellement est le premier organe atteint. Quelquefois cependant le point de départ de l'infection peut être une plaie périnéale ou vaginale mais il n'est pas indispensable de faire cette distinction car, en irriguant tout le canal génital y compris l'utérus, on atteindra le mal et on le guérira. »

(De l'asepsie et de l'antisepsie en obstétrique, page 638).

Il est bon, néanmoins, de procéder à un examen médical approfondi. Dans le doute, *il vaut mieux instituer un*

traitement local que de se borner à l'expectation. L'injection intra-utérine est inoffensive, elle doit être précédée de soins aseptiques et antiseptiques analogues à ceux du cathétérisme, dont elle n'est d'ailleurs que le complément indispensable.

Le matériel à injection intra-utérine ne diffère pas de celui à injection vaginale, si ce n'est toutefois que les canules sont plus longues. On se sert ordinairement des sondes à double courant, de *Tarnier, Collin, Segond, Budin* ou de *Doleries*, cette dernière peut servir en même temps de dilatateur, il en est de même de la grande sonde courbe de *Fochier*. Quand l'utérus n'est pas dilaté, on se sert de la sonde de *Bozemann*, sa conformation permet de l'introduire aisément, mais elle a un débit un peu lent.

Dans ces sondes on peut faire passer divers liquides tièdes, au *permanganate de K* (0.25 *à* 1 *gr. pour* 1000), *à l'acide picrique* (1 pour 500) à *l'acide phénique* (1 pour 50), au *chlorure de zn* (1 pour 100), de la *solution iodo-iodurée* de Tarnier (1 gr. d'iode, 2 gr. d'iodure de K pour 1000), de *l'eau oxygénée* à 12 volumes (25 ^{cm} pour 800 d'eau bouillie), de l'*essence de térébenthine*, selon la formule de *Fabre*, c'est-à-dire 30 ^{cm} pour 1000 du mélange suivant (essence de térébenthine, 100 gr.; eau bouillie, 200 gr.; teinture de bois de Panama, 2 gr.); du *liquide de Dakin* (140 gr. de carbonate de soude sec (ou 400 gr. de sel cristallisé), dissous dans 10 litres d'eau ordinaire à laquelle on ajoute 200 gr. de chlorure de chaux, on décante au bout d'une demi-heure, on filtre et on ajoute au filtrat 40 gr. d'acide borique). Il faut éviter d'injecter de l'air dans la cavité utérine; pour cela on doit introduire la canule pleine de liquide et cesser l'injection un peu avant que le bock soit vide.

Souvent, dans les cas bénins, une seule injection suffit pour enrayer l'infection et faire tomber la température.

Quand la rétention des lochies n'est pas constatée, on peu s'en tenir aux simples injections intra-utérines avec pansements du col, soit avec du thigenol, soit avec de la pommade au sérum anti-streptococcique. Si la température, malgré ce traitement, se maintient haute, on recherche la lochiométrie que *l'on trouve ordinairement*, et on procède immédiatement à la mise en place d'un *drain*, afin d'assurer l'évacuation des lochies infectées.

La lochiométrie, comme nous l'avons vu, accompagnant habituellement l'endométrite, il est avantageux de prévenir la rétention des lochies par un drainage précoce. Le drainage utérin, dit *Bar*, trouve une indication formelle dans la rétention des lochies par antéflexion ou rétroflexion. Il faut le continuer tant que l'utérus n'est pas redressé. Certains accoucheurs proposent d'y avoir recours systématiquement après tout nettoyage utérin. Les premiers essais de *Drainage de l'Utérus dans l'infection puerpérale* furent faits par *Wolkmann*, *Seheede* et *Fritsch* qui introduisaient dans l'utérus infecté un tube en caoutchouc. *Fehling* drainait avec un tube en verre; ces essais ne se vulgarisèrent pas du moins en dehors de l'Allemagne. *Milton*, du Caire, recommanda le drainage de l'utérus atteint de *métrite aiguë puerpérale* avec un tube bivalve en argent. En France, on a utilisé après curettage des mèches de gaze; on en vint bientôt à reprocher à la gaze de tamponner et à préconiser l'emploi de tubes en caoutchouc.

Les tubes en caoutchouc sont souvent insuffisants, ils se coudent et permettent la rétention du pus entre leur paroi externe et la surface interne de l'utérus. Pour obvier à ces inconvénients, *Mouchotte* a fait construire

des drains métalliques de longueurs variables et de diamètres gradués, pouvant tenir seuls par frottement léger, sans avoir besoin d'être fixés, assurant ainsi la béance du col et l'écoulement du pus dans le vagin.

Ces drains trouvent particulièrement leur indication dans les suppurations post abortum, lorsqu'on veut établir un drainage complémentaire à un curettage, *et dans les rétentions post-partum liées à l'antéflexion* (*Ribemont-Dessaignes*).

On a utilisé encore la sonde à double courant de *Croisier*, des cylindres en verre percés de trous, des cylindres creux en caoutchouc souple, perforés comme ceux de *Bonnaire*, ou en aluminium fenétré (*Petit*), avec des rainures latérales (*Lefour*) ou encore des crins de Florence réunis en faisceaux (*Chéron*).

Tous ces procédés de drainage présentent des avantages et des inconvénients; s'il est facile de placer le drain, il est malaisé de le maintenir en place, de plus le séjour d'un corps dur dans l'utérus peut provoquer des érosions suivies d'infection, et les tubes trop souples sont appelés à se couder; enfin ces drains ont le gros inconvénient de déverser les sécrétions utérines infectées dans le vagin.

S'il est impossible de remédier d'une façon parfaite à tous ces inconvénients, nous ne devons pas nous priver des avantages incontestables que le drainage nous procure; les critiques qu'on peut lui adresser n'empêcheront jamais qu'*il reste*, et *restera* le seul moyen rationnel et efficace de tarir une collection liquide contenue dans une cavité close.

Nous utilisons à la Maternité un drain constitué par un tube de caoutchouc percé de trous latéraux à une extrémité et de longueur telle qu'une fois introduit au fond de l'utérus, il émerge à la vulve par l'autre extrémité.

Nous nous servons encore d'un tube de longueur double replié sur lui-même par le milieu et percé de trous latéraux au niveau de la coudure. Ce procédé nous permet de faire dans la journée des injections intra-utérines au lit de la malade ou d'installer un courant continu et lent de liquide de Dakin. Nous maintenons ces drains par un ou deux tampons introduits dans le vagin, et nous garnissons la vulve d'un linge qui maintient le tout en place, absorbe le pus et que l'on peut aisément changer quand il est trop imprégné.

Ces drains sont renouvelés tous les jours après nettoyage du vagin, pansement du col, lavage intra-utérin. On les maintient jusqu'à ce que l'examen microbiologique des lochies, dont nous allons nous occuper maintenant, indique une disparition presque totale de la flore intra-utérine.

CHAPITRE VI

Contrôle bactériologique de l'amélioration de la plaie utérine sous l'influence du drainage

Nous inspirant de la méhode de *Carrel* utilisée pour surveiller la stérilisation des plaies infectées, nous avons cru qu'il serait intéressant de suivre l'évolution de l'infection intra-utérine, tant pour nous rendre compte de l'efficacité du traitement que pour acquérir la notion de l'instant où ce traitement étant suffisant, il devenait inutile.

Grâce à la numération des microbes, des sécrétions intra-utérines, numération approximative faite au moyen de frottis, nous avons pu établir des courbes très suggestives, qui nous ont aidé à suivre non seulement l'amélioration, mais aussi à ne pas cesser le traitement trop tôt, ce qui entraînait généralement une rechute, et à le cesser alors même que la courbe de la température réflétait un état infectieux. Nous révélant ainsi qu'un rapport de cause à effet ne pouvant être établi entre l'état de la muqueuse utérine saine et le mauvais état général persistant, il fallait en rechercher la source ailleurs.

1° TECHNIQUE

Nous empruntons cette technique à l'ouvrage du *Docteur Carrel* (*Traitement des plaies infectées*), page 141 :

« Après savonnage de la vulve, lavage vaginal abon-

« dant, on pratique le cathétérisme de l'utérus comme « nous l'avons indiqué. On dépose une goutte du pus « qui s'écoule, sur une lame de verre bien propre, et on « l'étale avec une autre lame comme pour l'examen d'un « crachat.

« Chaque lame ainsi préparée est saisie entre le pouce « et l'index et passée trois fois à travers la flamme d'un « bec Bunsen, le frottis étant tourné vers la flamme, puis « elle est déposée sur un support de verre et elle reçoit « quelques gouttes de thionine phéniquée; au bout d'une « demi-minute elle est lavée à l'eau et mise à sécher.

« La lame ainsi colorée est placée sous le microscope « et examinée dans une goutte d'huile de cèdre avec l'ob- « jectif à immersion n° 12 et un oculaire n° 3.

« On compte le nombre de microbes qui se trouve par « champ de microscope. Cette technique donne naturel- « lement des renseignements grossiers mais qui sont suf- « fisants.

« En effet, lorsque le nombre des microbes par champ « dépasse cinquante ou cent, il est inutile de les compter « très exactement. L'examen des frottis n'a pour but que « de faire connaître la marche du traitement; or, il est « facile de voir si une sécrétion contenant un jour des « microbes innombrables montre le lendemain une « diminution marquée de leur quantité. Si leur nombre « devient inférieur à cinquante par champ de micros- « cope la numération est plus facile. On examine une « dizaine de champs avec soin. Au moment où les frottis « ne contiennet plus de micro-organisme ou montrent « un seul microbe par cinq ou dix champs, on peut ces- « ser le drainage. On exprime l'état bactériologique de « la plaie par un rapport où le numérateur représente le « nombre de microbes observés, et le dénominateur le « nombre de champs examinés.

« L'état bactériologique se traduit graphiquement par « une courbe où le temps est porté en abcisse et le nombre des microbes contenu dans un champ du microscope en ordonnée. Comme il arrive souvent qu'on ne « voit qu'un seul microbe par 2, 5 ou 10 champs, on « exprime ces états par 1/2, 1/5 ou 1/10 de microbe par « champ. »

2° RÉSULTATS

Cette méthode appliquée pour apprécier le degré de stérilité de la plaie utérine nous a montré que le drainage accélérait la disparition de la flore microbienne beaucoup plus rapidement que l'antisepsie seule.

Que la courbe thermique, considérée seule pouvait induire en erreur quant à l'état pathologique de l'utérus, c'est-à-dire que souvent la température étant basse, l'utérus pouvait être encore infecté, et que d'autres fois son élévation ne répondait pas au degré de stérilité constaté. Toutes choses pouvant troubler la thérapeutique nécessitée par l'état de la malade.

Nous présentons une série d'observations recueillies à la Maternité d'Alger par les soins de *M^lle Vandomber*, maîtresse sage-femme, et par nous-même.

Afin de mettre en relief, les points que nous avons exposés dans notre thèse, et de pouvoir établir les comparaisons utiles, nous les avons classées en trois groupes :

Dans le premier : Nous présentons des femmes ayant eu comme traitement, des injections intra-utérines associées à un drainage tardif.

Dans le deuxième : Des femmes ayant eu comme traitement des injections intra-utérines associées à un drainage précoce.

Dans le troisième : Des cas de lochiométrie guéries avec

persistance de la température élevée attribuable à des infections intercurrentes.

Dans chacun de ces groupes nous trouverons des cas où le *drainage cessé trop tôt*, sans le contrôle de l'état bactériologique de l'utérus, a été *suivi d'une élévation thermique immédiate*, et où la remise en place du drain a amélioré sans délai la situation.

Nous regrettons de n'avoir pu faire suivre toutes nos observations d'un graphique de la température et d'une courbe microbienne, malgré tout notre désir de faciliter à nos juges la lecture de notre thèse.

Nous avons condensé chacune d'elles au maximum, nous attachant à faire ressortir autant que possible la cause de l'endométrite, la cause de la rétention des lochies, l'efficacité du traitement institué.

Chaque observation porte un numéro de classement qui permettra de la retrouver dans les archives de la Maternité. A côté de ce numéro nous avons indiqué le nombre des grossesses antérieures en précisant les accouchements et les gestations incomplètes par les mots : *Pare* et *Geste* précédés d'un chiffre romain.

Dans les observations où nous avons étudié la courbe microbienne, nous avons superposé cette courbe à celle de la température. Le nombre des microbes par champ étant porté en ordonnée à côté des degrès de la température, l'échelle étant graduée de ∞ à 1/20 et de haut en bas.

OBSERVATIONS

CHAPITRE VII

I. — GROUPE D'OBSERVATIONS

Femmes ayant eu comme traitement des injections intra-utérines associées à un drainage tardif

Dans cette série d'observations nous remarquerons que le lavage intra-utérin par des solutions antiseptiques a toujours été impuissant dans les cas d'endométrite avec rétention des lochies, et que l'adjonction du *drainage* a toujours, à brève échéance, amené le résultat recherché.

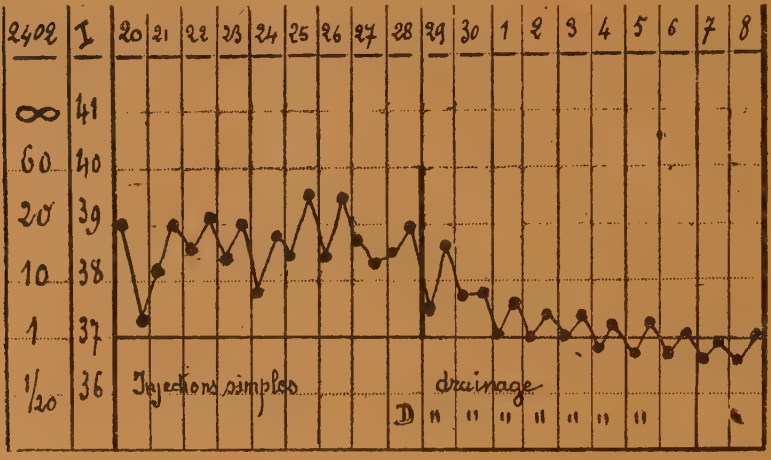
Observation I

N° 2402.

La femme entre pour exagération de la longueur du travail causée par une présentation de la face : A l'examen on constate la mort du fœtus. A pratique l'extraction par basiotripsie le le 20 avril — délivrance artificielle.

Dès le soir la température atteint 39° et oscille tous les jours suivants. On traite par les injections intra-utérines, pansement du col. Le 25, on constate de la rétention des lochies mais on continue le même traitement : l'amélioration ne se faisant pas.

Le 28, on draine. Le 29, la température atteint 37°2. Une petite poussée se fait encore dans la soirée, le drain n'ayant pas très bien tenu. On le replace. A partir de ce jour, la température ne cesse de décroître progressivement. On laisse le drain jusqu'au 7. La guérison est définitive.



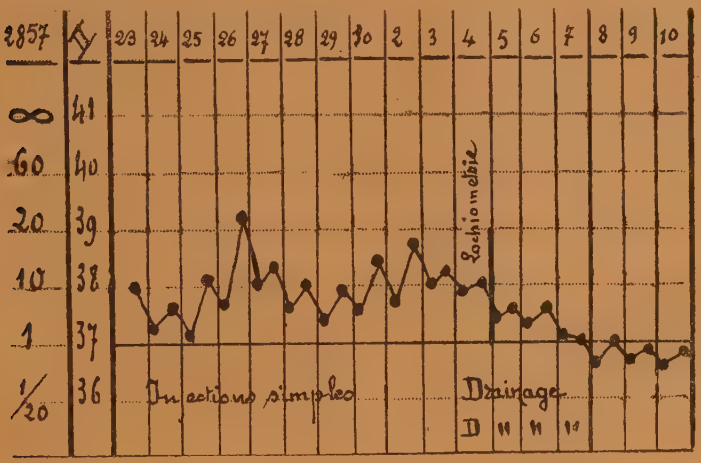
Observation II

N° 2857. — XI pare.

La femme accouche spontanément en ville, le 20 février 1917, et entre pour hémorragie grave de la délivrance. On pratique la délivrance artificielle.

Le 23, la température se met à oscillerr ; l'utérus est très antéfléchi, le col largement béant, les lochies fétides. On traite par les **injections intra-utérines.** La température continue à osciller jusqu'au 3 mars. **L'involution ne se faisant pas,** un sondage est pratiqué **ramenant un pus** abondant et fétide. **On place un drain** et on fait 2 injections intra-utérines par jour. Le 8, la température a atteint 37°2.

Le 8, le col est fermé et le drainage supprimé. La guérison est définitive.



Observation III

N° 1835. — V pare.

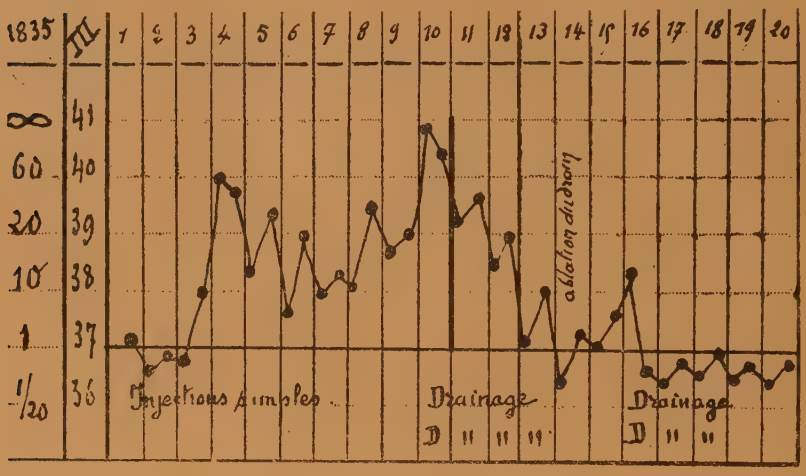
La femme accouche spontanément le 31 janvier 1915. A eu des atteintes d'endométrite antérieures, et présentait une leucorrhée abondante à son entrée à la Maternité.

Dès le 4, la température monte à 40° s'accompagnant de frissons. Les lochies sont légèrement fétides.

On traite **par les injections intra-utérines.** La température oscille et continue son ascension jusqu'au 10 où elle atteint 40°9.

Devant la persistance des symptômes et la constatation journalière d'une certaine quantité de pus retenu dans l'intérus, on se décide à mettre **un drain, immédiatement** la température décroît. Le 13, elle atteint 37°2.

Le 14 on ôte le drain. Le drain est enlevé un peu trop tôt, car le 15 la température remonte et un sondage pratiqué indique encore un peu de lochiométrie. On replace le drain le 16 ; la température retombe à 37. On laisse le drain jusqu'au 18. Le col se ferme et la guérison est complète.

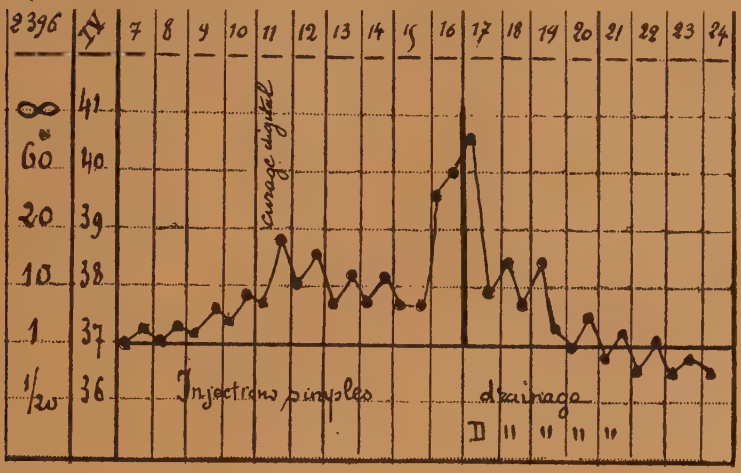


Observation IV

N° 2396.

La femme accouche prématurément en ville, le 6 janvier 1914. Elle entre pour hémorragie utérine grave. On fait un curage digital qui ramène des débris placentaires. On traite par les **injections intra-utérines** ; la température monte quand même et atteint 40°5 le 17 janvier, l'utérus est en antéflexion, et les lochies retenues dans l'utérus sont très fétides. **On draine le 17** ; le soir même, la température tombe à 38°. Elle est à 37 le 20 janvier. Le col étant presque complètement fermé, on

supprime le drainage, la température ne remonte plus, la guérison est définitive.



Observation V

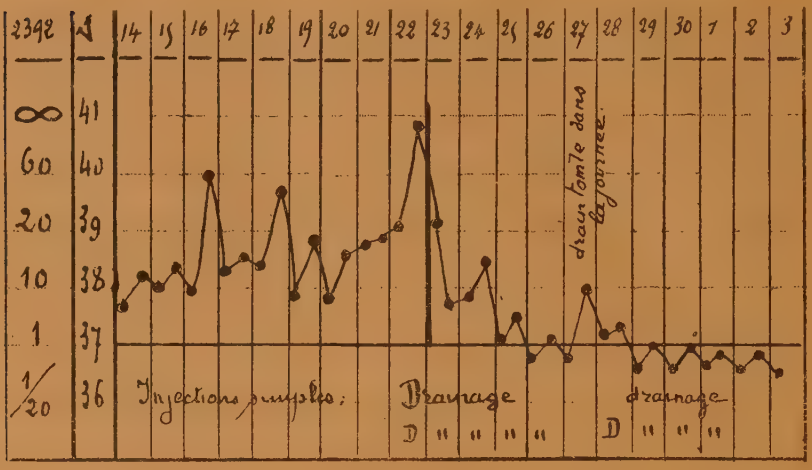
N° 2392. — II pare.

La femme entre pour longueur du travail exagéré. Le bassin est normal on constate une présentation du siège décomplété, mode des fesses l'extraction manuelle est faite le 13 avril 1913. La délivrance est artificielle.

Le 14 avril la température atteint 38°, elle atteint 40° le 16. On traite par les injections intra-utérines et pansements du col au sulfo-bore. Le mauvais état général empire l'utérus est fortement antéfléchi, et chaque jour le sondage de l'utérus ramène du pus fétide.

Le 22, on se décide à **drainer** et l'on continue les injections intra-utérines. A partir de ce jour la température ne cesse de décroître ; elle atteint 37° le 25. Le 27 le drain n'ayant pas tenu

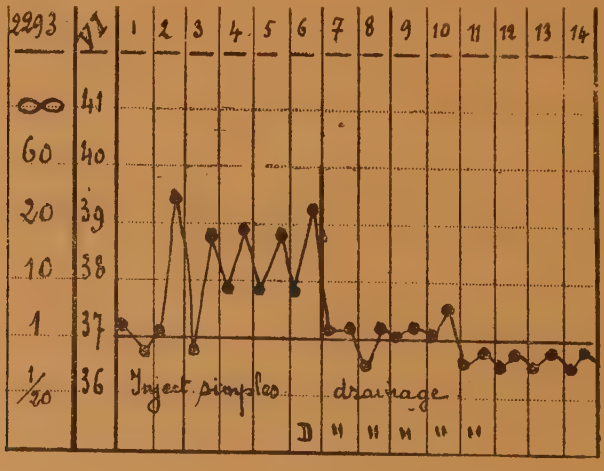
la température remonte à 39°. On le réplace et on le supprime définitivement le 29. L'amélioration est définitive le 30 avril.



Observation VI

N° 2293. — II pare.

Accouchement prématuré, spontané, le 30 janvier 1916 (début de la 1re quinzaine du 9e mois) (il y a une leucorrhée abondante,



une roséole en voie d'évolution et des ulcérations de la vulve).

La température s'élève et oscille dès le lendemain. Les lochies sont fétides. On traite par les injections intra-utérines. Le 3, on constate la **lochiométrie**, l'utérus est fortement fléchi en avant. On ne draîne que le 6 ; le 7 la température tombe à 37°.

On laisse le drain jusqu'au 11, le 13 le col est complètement fermé et la guérison complète.

Observation VII

N° 2702. — I pare. — III geste.

La femme accouche le 29 novembre 1918 ; le fœtus est extrait par le siège (présentation du siège complet). On pratique la délivrance artificielle (placenta très adhérent). La température s'élève progressivement les jours suivants, les lochies sont fétides et peu abondantes.

On traite par **des injections intra-utérines** jusqu'au 8 décembre. Comme l'amélioration n'a pas lieu, **on place un drain** qui donne abondamment.

La température tombe immédiatement. Le 13 tout est rentré dans l'ordre ; le col refermé, la guérison définitive.

Observation VIII

N° 2711. — I pare.

Accouchement prématuré spontané dans la 2e quinzaine du 7e mois, chez syphilitique (le 18 novembre 1916), leucorrhée abondante (gonocoque).

La température monte dès le soir. On traite par des **injections intra-utérines** jusqu'au 24 sans amélioration aucune, la lochiométrie étant constituée, **on draine** le 25 novembre. A partir de ce jour la température décroît progressivement ; le 29, elle est normale, le col est fermé et la guérison complète.

Observation IX

N° 3178. — VI pare. — VIII geste.

La femme qui a accouché en ville prématurément entre pour hémorragie de la délivrance le 12 décembre 1917. Après curetage, injection intra-utérine, et injection d'ergotine, l'hémorragie s'arrête.

Le 16 la température se met à monter. On fait des **injections intra-utérines.** Le 21, elle atteint 40°, la rétention des lochies est abondante. **On draine** le surlendemain, la température est à 37°8. Cinq jours après le début du drainage, le col est fermé et la guérison complète.

Observation X

N° 3074. — VI pare.

Accouchement prématuré spontané, à 6 mois. La femme entre pour hémorragie grave et rétention placentaire. On pratique la délivrance artificielle le 29 août 1917.

Dès le soir la température se met à monter. On traite par les **injections intra-utérines** jusqu'au 4 septembre ; la température continuant à monter on sonde et on constate de la lochiométrie. **On draine** et, en deux jours, la température atteint la normale : le troisième jour le col est fermé et la guérison définitive.

Observation XI

N° 2661. — XI pare. — XIII geste.

La femme accouche normalement le 16 novembre 1916 (endométrites puerpérales antérieures).

Le 17, la température monte et oscille; le 20, le col est encore

béant, les lochies fétides peu abondantes, l'utérus en antéflexion et douloureux. On traite par les **injections intra-utérines au Tarnier.**

La température croît ; le 28, il y a une forte poussée, le sondage révèle une lochiométrie très abondante. **On place immédiatement un drain**, la température tombe ; le 1er, le col est complètement fermé.

Observation XII

N° 2854. — VI pare. — VII geste.

La femme qui entre en travail le 15 mars 1917, a un bassin rétréci de type aplati, il y a une présentation de la face et un placenta prœvia. On fait une application de forceps, le jour même, la température monte, le lendemain et les jours suivants, **malgré les injections intra-utérines** quotidiennes.

Le 22 un sondage pratiqué révèle la lochiométrie. **On draine ;** le 25 la température est tombée à 37° et le col fermé.

II. — GROUPE D'OBSERVATIONS

Femmes ayant eu comme traitement des injections intra-utérines associées à un drainage précoce

—

De cette série d'observations, il ressort : 1° que le *drainage précoce*, associé aux injections intra-utérines, arrête rapidement l'évolution de l'endométrite accompagnée de lochiométrie; 2° que la numération microbienne donne une indication précise sur le moment où l'on peut sans crainte supprimer le traitement intra-utérin.

Nous y verrons, en effet, que toutes les fois que le drainage a été supprimé sur les indications de la numération microbienne des lochies, il n'y a jamais eu de rechute, tandis qu'il n'en a pas été de même dans les observations XX-XXII où il a été supprimé sur les données fournies par l'état du col, de l'utérus et par la courbe thermique.

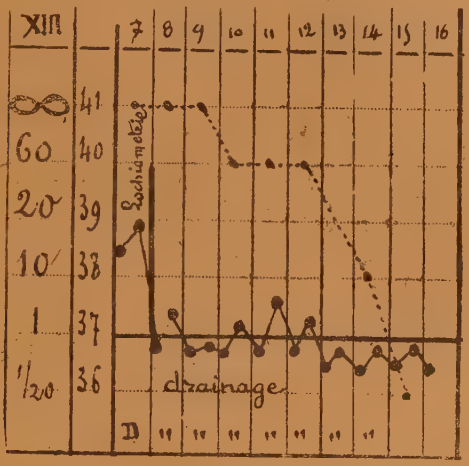
Observation XIII

—

Mme B... M... entre pour albuminurie au cours d'une grossesse à terme, elle accouche en allant à la selle le 28 janvier 1919. Après l'accouchement la femme est prise d'une crise d'éclampsie. On traite par lavages intestinaux et gastriques et par les injections de morphine, helmitol, diète hydrique, etc... L'état général s'améliore, rapidement. Le 7 février, la température monte à 38°5 (10 jours après accouchement). Un examen pratiqué montre qu'il y a lochiométrie abondante. On traite immédiatement par **injections intra-utérines et drainage.** Le 8 février

la température est à 36° mais la munération microbienne est toujours élevée : on continue le drainage.

Le 10 la température est à 36°5, **le 11, elle atteint 38° le drain étant tombé pendant la nuit.** On le replace solidement, la température retombe à 37° le 12, à 36°5 le 13. Le 15 l'examen microbien des lochies indique que l'utérus est stérilisé, le traitement est supprimé, la guérison définitive.



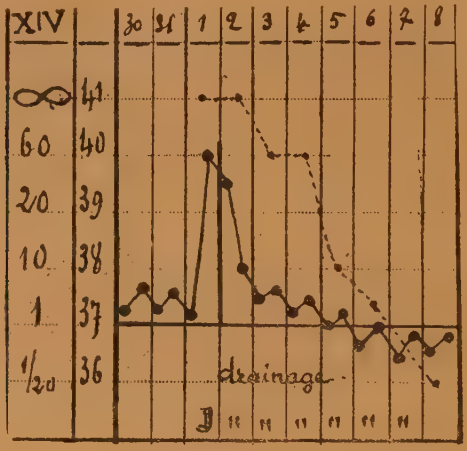
Observation XIV

M.... Bente Mohamed. — **IV pare.**

La malade entre en période de travail. Elle présente un bassin aplati et de la leucorrhée, le fœtus présentant des signes de souffrance, on place un ballon de Champetier de Ribes ; quand la dilatation est suffisante on termine l'accouchement par une version podalique, le 30 juillet 1919; délivrance normale : antéversion pelvienne et antéflexion utérine. Tout semblait aller pour le mieux quand le 1er août la température monte à 40°. Un examen montre un utérus gros, mou, légèrement douloureux à col ouvert, le cathétérisme ramène deux bonnes canules

de pus fétide et de couleur chocolat, on fait un **lavage intra utérin et on draine.**

Le 2, la température est à 38°5, le drain a donné abondamment ; le 3, elle est a 37°8 ; le 5 à 37° le drain donne toujours ; le 6 l'examen des lochies indique que l'utérus est presque stérilisé, la femme présente un très bon état général, on supprime le drainage (le col n'étant pas complètement fermé), la température ne remonte plus. Guérison en 6 jours.



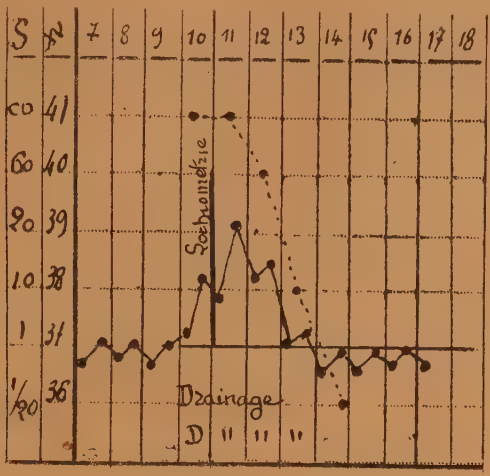
Observation XV

Mme S..., entre pour rupture prématurée des membranes (la rupture datant de 24 heures); arrivée à l'hôpital, elle accouche spontanément le 7 février 1919.

Le 10 la température monte brusquement à 38°. A l'examen on constate une sensibilité abdominale légère, un utérus mou, un col tuméfié rouge, béant, antéfléchi, le sondage intra-utérin permet de retirer 1 canule ½ de pus fétide.

On fait un **lavage intra-utérin et on pose un drain.** Le 11, la température atteint 39°. On continue lavage et drainage ; le 12, la température retombe à 38° ; le 13, elle atteint 37° ; le 14,

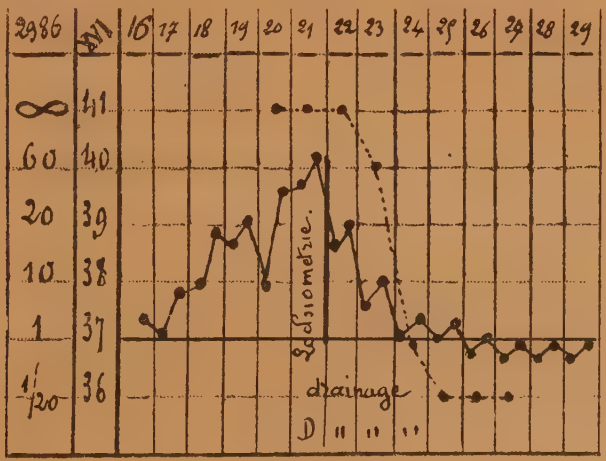
l'examen microbien des lochies ne montrant qu'un microbe pour 20 champs on supprime le drainage ; la guérison est définitive.



Observation XVI

N° 2986. — VI pare. — VIII geste.

La femme entre pour hémorragie et rétention placentaire à la suite d'un avortement spontané survenu au 3e mois, le 16 janvier 1919.



Dès le lendemain la température monte, mais comme on ne constate pas de rétention des lochies on traite par les injections intra-utérines.

Le 21, la température atteint 40°; un sondage pratiqué révèle la lochiométrie, on **pose immédiatement un drain.** Dès le lendemain la température tombe, elle atteint 37° le 24. Comme le col est complètement fermé, on supprime le drainage, guérison définitive.

Observation XVII

Ns 2827. — I pare.

La femme a de la leucorrhée abondante ; elle accouche spontanément le 5 mars 1917.

La température reste normale jusqu'au 14, rien n'attire l'attention du côté de l'utérus.

Le 15, brusquement la température monte à 39°, l'examen montre un utérus fortement antéfléchi et un sondage pratique ramène du pus.

On draine et en cinq jours la guérison est complète.

Observation XVII *bis*

N° 2951. — I pare.

La femme qui présente un placenta prævia entre en travail le 27 avril 1918, comme il y a inertie utérine on intervient le 28.

La température monte dès le lendemain. Le 3 mai, on trouve de la rétention des lochies. **On draine immédiatement.** Le 7, la température est tombée, on croit la guérison complète, le drain est supprimé ; le 11, la température est de nouveau à 39. **On remet le drain** en place la lochiométrie s'étant reconstituée. La température redescend aussitôt, on laisse le drain jusqu'à ce que le col soit complètement fermé. Le 16, la malade est guérie.

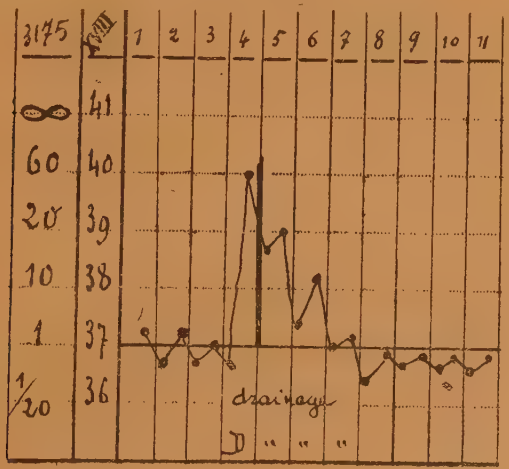
Observation XVIII

N° 3175. — II pare. — IV geste.

La femme entre pour hémorragie utérine abondante succédant à un avortement provoqué au troisième mois.

On fait un curettage le 30 décembre 1917.

L'état général reste bon jusqu'au 3 janvier.



Le 4 janvier, la température monte à 40°.

L'examen de l'utérus montre qu'il y a endométrite, et le sondage révèle une rétention abondante des lochies.

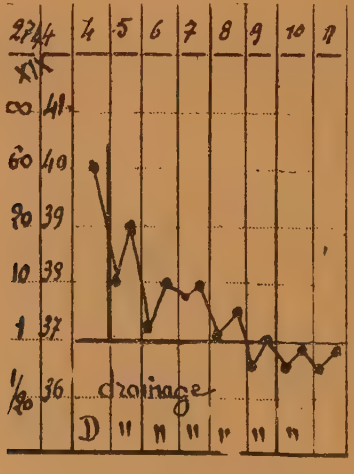
Après injection intra-utérine au Tarnier, **on pose immédiatement un drain** (l'utérus est fortement fléchi en avant). La température décroît rapidement ; le 7, le col est refermé et la guérison complète.

Observation XIX

N° 2744. — I geste.

La femme entre pour infection puerpérale post abortum, le 4 janvier 1917. A l'examen on trouve un utérus très douloureux sub-involué, les lochies sont très fétides et s'écoulent abondamment par la canule. La température est élevée (utérus antéfléchi). On fait un curettage qui ramène des débris placentaires fétides.

On **draine immédiatement** après avoir fait une injection intra-utérine. Le 8 la température est normale, le col n'étant pas complètement fermé, on laisse le drain jusqu'au 11 (un examen bactériologique aurait certainement permis d enlever le drain plus tôt).



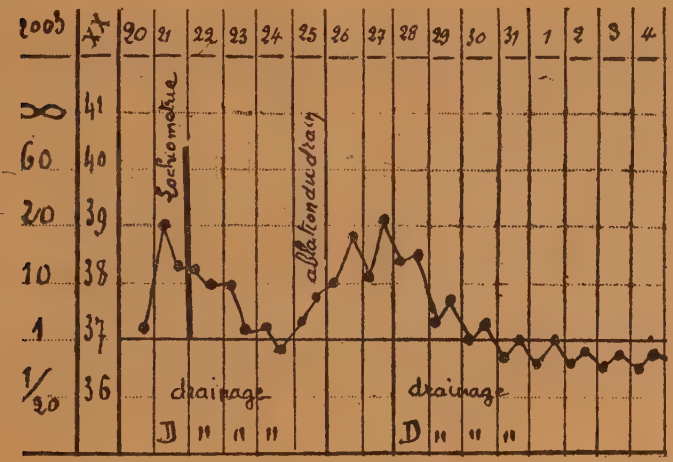
Observation XX

N° 2003. — I pare. — III geste.

La femme entre pour hémorragie grave. A l'examen on constate une présentation de l'épaule en dorso-antérieure et un placenta prœvia marginal à droite.

Le 20 janvier 1917 on fait une version par manœuvres internes et on pratique la délivrance artificielle.

Le 21 la température monte à 39°. On fait une injection intra-utérine, à laquelle on associe **le drainage** parce qu'une rétention légère des lochies est constatée.



Dès le lendemain la température tombe, le 25 **on ôte le drain,** croyant l'utérus complètement stérilisé.

Le 26 la **température remonte à 39°** et se maintient à cette hauteur deux jours malgré une injection intra-utérine. On replace le drain, en trois jours, la température est de nouveau à 37° et s'y maintient définitivement.

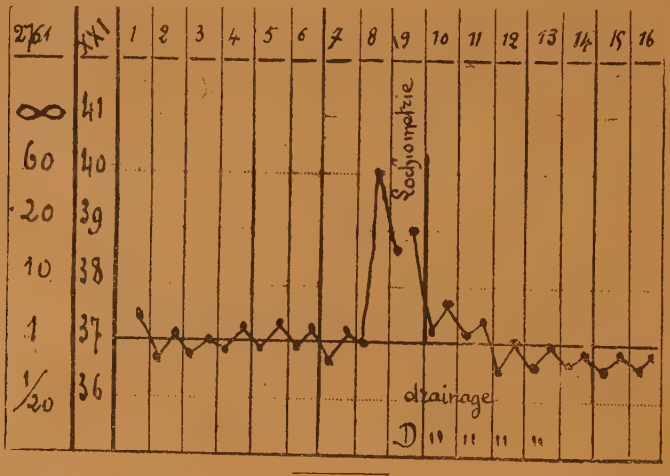
Observation XXI

N° 2761. — III pare.

La femme a un bassin bien conformé, des pertes abondantes (endométrite antérieure). Elle accouche spontanément le 1er janvier 1917.

Le 8, la température monte brusquement à 40°.

A l'examen, on constate que l'utérus est douloureux en subinvolution, que le col est béant et que les lochies sont fétides : on fait une injection intra-utérine. Comme le 9 on **constate de la Lochiométrie, on place un drain,** et on fait une injection intra-utérine, la température descend immédiatement, le 12, elle marque 37° ; le 14, on supprime le drainage, la guérison est définitive.



Observation XXII

N° 2436. — IV pare.

La femme accouchée en ville entre pour infection post-partum.

A l'examen on ne trouve que des signes d'endométrite sans

rétention des lochies et on traite par des injections intra-utérines. La température continue à monter. Le 4e jour de son entrée à l'hôpital, la femme fait de la lochiométrie. **On draine,** le 8e jour, la température est redevenue normale, l'utérus semble guéri, on supprime le drainage. Le 11e jour, la température atteint de nouveau 40°, on examine, et un sondage ramène une grande quantité de pus. On replace le drain et deux pours après la température est à 37°, on laisse le drain encore deux jours, et le 16, le col est complètement fermé.

Observation XXIII

N° 2555. — II pare.

La femme présente un bassin limite, a des pertes blanches. Elle accouche spontanément le 29 août 1915.

Le 6 septembre, la température monte brusquement à 39°, l'utérus est gros, douloureux, sub-involué, les lochies fétides. On constate de l'antéflexion et de la lochiométrie.

On fait une injection intra-utérine et l'**on draine.**

Le 9, la température est redevenue normale, on laisse le drain jusqu'au 12, jour ou le col est complètement fermé.

(Un examen bactériologique aurait certainement permis d'enlever le drain plus tôt).

Observation XXIV

N° 3820. — I pare. — III geste.

La femme entre pour inertie et souffrance du fœtus, le bassin est normal. On fait un forceps dans l'excavation, le 30 avril 1915.

Il y a hémorragie grave de la délivrance l'utérus ne revenant sur lui-même, col légèrement déchiré.

On fait une injection et un pansement du col au thigénol.

Le 8, la température commence à monter, l'utérus est sensible. Le 10, on constate la lochiométrie, **on draine aussitôt.**

A partir de ce moment, la température décroît progressivement, l'état du col l'empêchant d'atteindre d'emblée 37°.

On laisse le drain jusqu'au 14.

Le 15 la température est à 37°, le col fermé.

Observation XXV

N° 2443. — I pare.

La femme entre pour inertie utérine, bassin limité, l'accouchement s'effectue cependant spontanément le 23 mai 1916.

On fait la délivrance artificielle, il y a hémorragie grave due à l'inertie.

La température ne revient pas franchement à la normale, la femme est très constipée.

Le 31, la température s'élève à 39°, un examen montre un utérus gros, douloureux en antéflexion, lochies fétides.

Le 1er, on constate la rétention des lochies. **On draine** l'amélioration apparaît dès le lendemain ; le 5, le col est complètement fermé, la guérison totale.

III. — GROUPE D'OBSERVATIONS

Lochiométries guéries avec persistance de température attribuable à des infections intercurrentes

Dans ce groupe d'observations, la netteté des symptômes observés et leur apparition immédiate après la fermeture du col a permis d'attribuer à des affections intercurrentes la persistance du mauvais état général, sans le secours de l'examen bactériologique des lochies. Mais l'on conçoit très bien que, si ces affections avaient débuté dans la période d'amélioration de l'endométrite, on aurait pu attribuer à tort cette persistance de la température à une aggravation de l'infection utérine, et que dans ce cas la numération microbienne aurait été d'un très grand secours en faisant ressortir la part prise par l'utérus dans le nouvel état général.

Il est fort possible, que dans l'observation XXVII, il y ait eu association d'endométrite et de paludisme, et que les crochets observés sur la courbe de température, pendant la période de drainage, soient dus à des accès palustres. L'examen bactériologique des lochies prises au fond de l'utérus, aurait certainement montré que la cause de ces poussées anormales était ailleurs, et aurait incité à rechercher les hématozoaires, comme on a été amené à les rechercher, le 25, alors que l'aspect de l'utérus ne suffisait plus à expliquer une telle température.

L'observation XXVI nous fournit un exemple de lochiométrie où le traitement, grâce à la numération microbienne, a pu être suspendu avant la chute complète de la température.

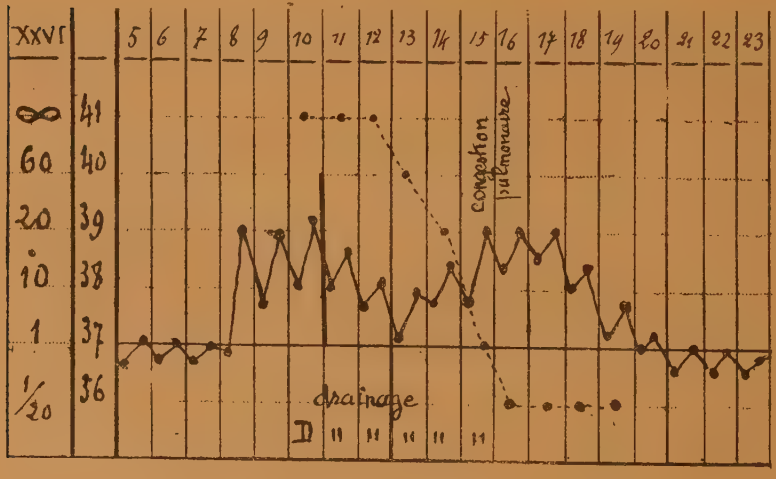
Observation XXVI

Mme B... M... — II pare. — IV geste.

La malade entre pour hémorragie de la délivrance et inertie utérine. On fait un curage digital qui ramène quelques débris placentaires, le 5 janvier 1919, l'hémorragie s'arrête.

Le 8 la température monte à 39, on fait des lavages utérins. Elle oscille les jours suivants entre 37°6 et 39°, le 10 janvier un catheterisme ayant montré une retention abondante de pus fétide et de couleur chocolat, on **place un drain** et on fait des injections intra-utérines à l'essence de Terebenthine.

Nous pratiquons chaque jour la numération microbienne des lochies. Le 10 la courbe est à l'infini et le 11 aussi; le 13, la température étant toujours haute, la numération microbienne fait passer la courbe à 60, l'utérus a bon aspect, les lochies ne sont plus fétides, le 15 le col est presque fermé, la courbe microbienne est à 1 et la température à 38°5; l'examen de la malade montre des signes de congestion légère des poumons, et des râles disséminés. On cesse le traitement intra-utérin, on traite la grippe, guérison complète le 20 janvier.



Observation XXVII

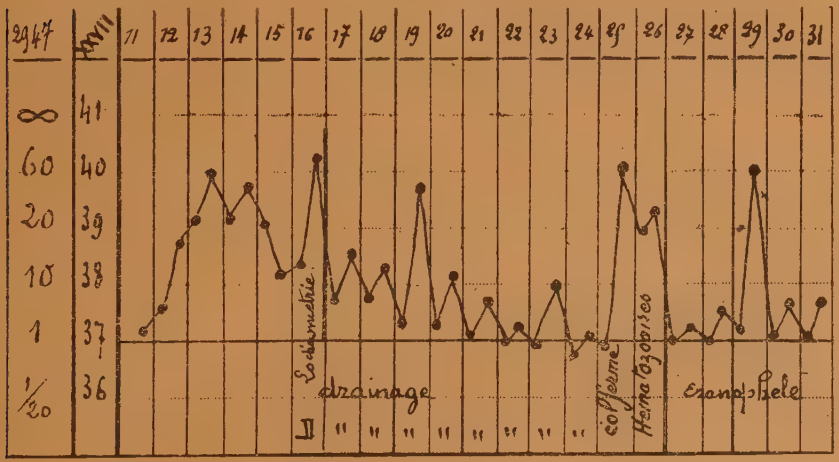
N° 2947. — I pare.

La femme entrée en travail le 10 mai 1917, présentait un bassin ample, et un placenta prœvia latéral. Comme le 11 mai, le fœtus accusait des signes de souffrance, on appliqua un forceps à l'excavation. Le 12, mauvais état général de la mère, avec fièvre, sub-ictère et douleurs abdominales. On traite jusqu'au 15 par des injections **intra-utérines** à la térébenthine, et l'on fait un pansement du col qui est un peu déchiré. Le 16, le cathétérisme révèle la lochiométrie, on associe le **drainage** aux injections.

La température tombe progressivement, les lochies sont rapidement inodores. Le 22, elle est à 37. On laisse le drain jusqu'au 24.

Le 25 la température atteint brusquement 41° avec frissons et sueurs. On fait une prise de sang et la recherche des **hématozoaires** étant positive, on traite par la quinine et l'esanophèle. Le drainage est supprimé, le col pansé encore pendant quelques jours au Sulfo-Bore.

Les accès paludéens cessent rapidement sous l'influence du traitement.



Observation XXVIII

N° 2848. — I pare.

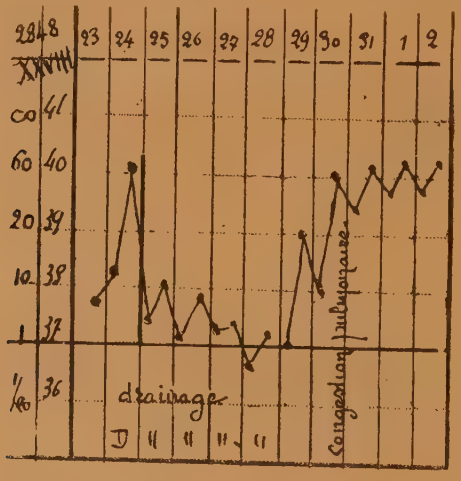
La femme entrée en travail en ville est amenée à l'hôpital pour inertie utérine.

A l'examen on constate la mort du fœtus. On procède alors à la basiotripsie et on enlève artificiellement la délivrance le 23 mars 1917.

Le lendemain la température est à 40°. Comme le sondage indique la lochiométrie **on draine aussitôt** et on fait des lavages intra-utérins au liquide de Tarnier.

En quatre jours la température est ramenée à 37° le col n'étant pas complètement refermé on laisse le drain jusqu'au 29.

Le 29, la température remonte brusquement à 39°, elle atteint 40° le lendemain. L'utérus examiné ne justifiant pas cette nouvelle poussée, on examine la malade et à l'auscultation on constate de la congestion pulmonaire des deux bases. On cesse le traitement intra-utérin, pour traiter l'infection nouvelle.



Observation XXIX

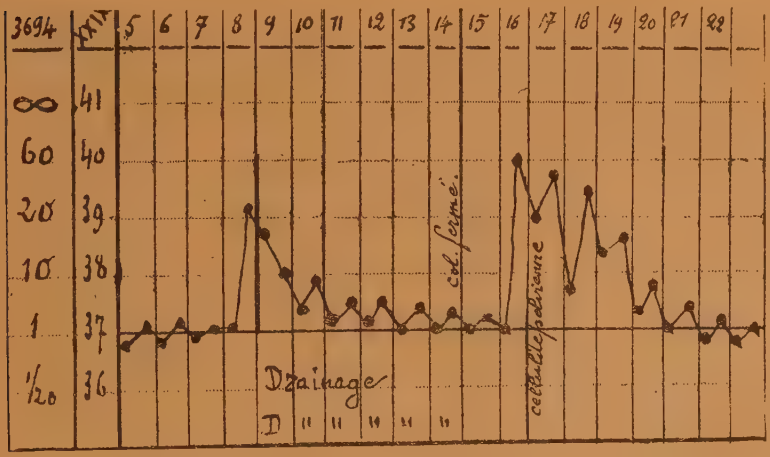
N° 3694. — II pare. — VII geste.

La malade entre pour hémorragie utérine à la suite d'avortement provoqué (grossesse de 2 mois).

On fait, le 5 décembre 1918, un curettage qui ramène des débris placentaires fétides. On traite par les injections intra-utérines.

Le 8, la température atteint brusquement 39°.

Le catheterisme pratiqué révèle la lochiométrie, **on draine,** en deux jours la température est à 37°. Le col ne se refermant pas franchement, on laisse le drain jusqu'au 15. Le 16, brusquement, la température monte à 40°, on examine et on constate un empâtement en avant de la symphyse sacro-iliaque gauche, le diagnostic de cellulite pelvienne est posé, on traite par la glace, le 21 l'amélioration est définitive.



Observation XXX

N° 3745. — I pare.

La femme entre pour inertie utérine, début du travail en ville dans la deuxième quinzaine de huitième mois, présentation du siège complet, l'accouchement s'effectue le 5 janvier 1918.

Le 8 janvier la température monte à 40°, les lochies sont fétides, l'utérus sensible en sub-involution, le col béant, on traite par les **injections intra-utérines** et pansement du col au Sulfo-Bore.

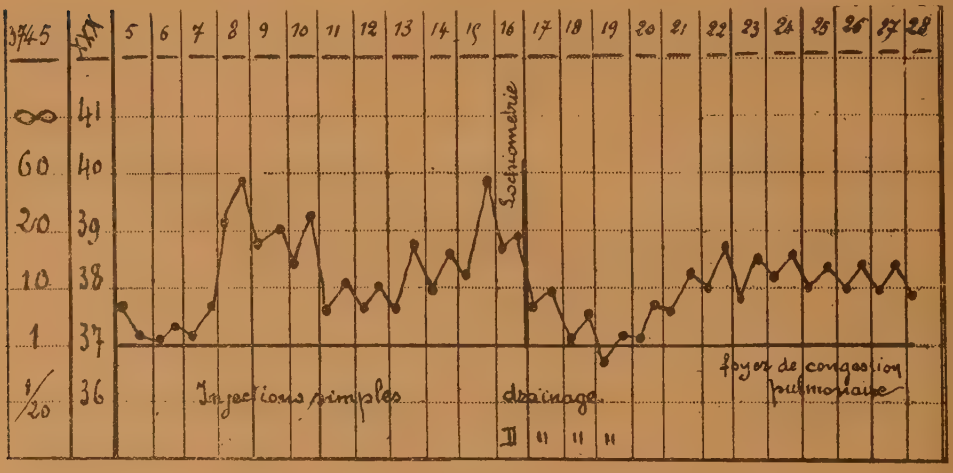
Les jours suivants, la température oscille entre 37°8 et 39° atteignant 40° le 16 janvier. Un sondage pratiqué le 16 révèle une rétention de lochies abondante et très fétide. L'utérus est fortement fléchi en avant.

On procède alors à la **mise en place d'un drain** et l'on continue les injections intra-utérines au liquide de Dakin.

En trois jours, la température tombe à 37°.

Le 20, le col est complètement refermé, et le **drain supprimé.**

Dès le lendemain la température recommence son ascension. L'utérus ne présentant absolument rien d'anormal, on ausculte la malade, et l'on constate un foyer de **congestion pulmonaire** à la base droite. Cette nouvelle affection est traitée, guérison.



Observation XXXI

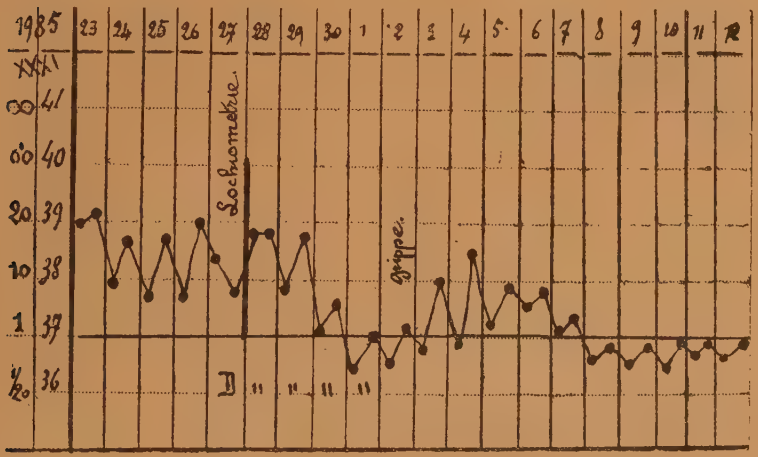
N° 1985. — I pare.

La femme a accouché en ville, spontanément, le 14 avril 1917.

Elle entre à l'hôpital pour infection puerpérale, le 23 avril. L'examen montre un utérus mou, sub-involué, douloureux en antéflexion, des lochies abondantes et fétides.

On traite cette endométrite par des **injections intra-utérines.**

Le 27 la température n'ayant aucune tendance à tomber on pratique le sondage utérin qui montre de la rétention des lochies. **On draine** et la température redevient normale en trois jours. On supprime le drain le 1er mai. Le 2 mai, la température recommence à monter, l'utérus n'étant pas douloureux, le col étant bien fermé, on examine la malade, les symptômes observés font poser le diagnostic de grippe. On traite, guérison rapide.

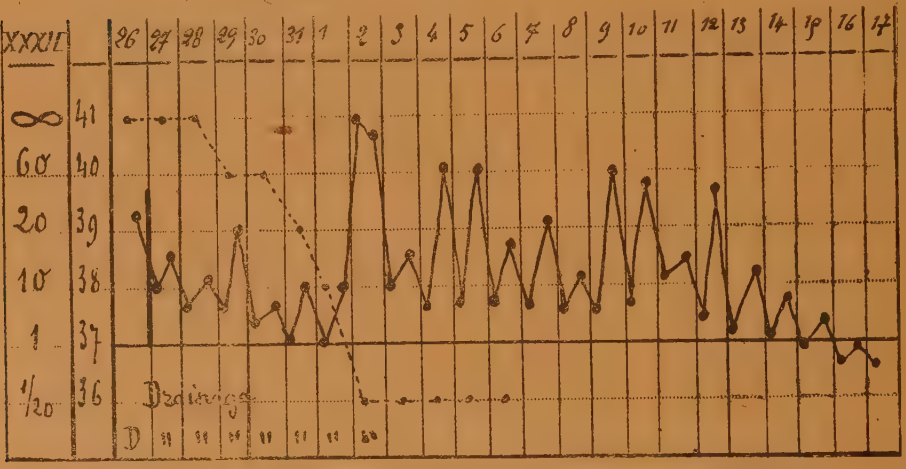


Observation XXXII

Mme N... M... R...

Entre après avoir subi une application de forceps sans résultat, en ville.

A l'examen on constate un bassin généralement retréci, souffrance du fœtus. On fait une dilatation par la méthode de Bonnaire, on place un forceps et le fœtus est extrait le 26 juillet 1919. Délivrance normale. Il y a déchirure du col et de la paroi postérieure du vagin. On fait une injection intra-utérine. La température les 26, 27, 28 est à 38°5.



Le 28, un cathétérisme intra-utérin indique une rétention abondante de pus. L'utérus est fortement antéfléchi. On pose un drain. La numération microbienne fait passer la courbe à l'infini.

Le 30 la température tombe à 37°6, le col est en mauvais état, un peu sphacelé, on le panse au thigenol et à la pommade antistretococcique.

Le 31, la température est à 37°2, la courbe microbienne passe à 60. Le 1er la température est à 37, la courbe microbienne à 5. Le 2, brusquement la température atteint 41°, l'examen des lochies montre quelles sont presque stérilisés, tandis que la

température oscille les jours suivants avec frissons, l'examen des lochies reste négatif, et l'utérus prend un aspect meilleur de jour en jour.

L'examen de la malade ne révèle qu'un col spacelé et une paroi vaginale déchirée enflammée. On pose le diagnostic de septicémie puerpérale.

L'infection a franchi la barrière par les multiples déchirurures du col du vagin; la femme ne souffrant plus du ventre, l'involution étant normale, on cesse le traitement intra-utérin le 4 août, on panse les plaies du col et du vagin. On traite par des injections intra-veineuses d'Electrargol et on fait un abcès de fixation. Le 15 l'abcès est ouvert, la température décroît alors progressivement et atteint 37° définitivement le 18 juillet août.

Dans cette observation, l'examen de la courbe microbienne nous montre que, quoique le traitement intra-utérin ait stérilisé rapidement la cavité de l'utérus, la température s'est maintenue élevée. L'examen de la malade, montrant avec un mauvais état général un col déchiré, sphacelé, une paroi vaginale déchirée, enflammée, il était naturel de mettre sur le compte de ces lésions, et sur celui d'une septicemie ayant franchi la barrière à leur niveau, les nouvelles et grandes oscillations de la température.

Sur ces indications on abandonna donc le traitement intra-utérin, inutile et dangereux, pour s'attacher à celui du col, du vagin en même temps qu'on faisait des injections intra-veineuses d'électrargol, et un abcès de fixation. Ce traitement amena la cédation des symptômes au bout d'une quinzaine de jours et une guérison complète.

Sans l'examen microbien des lochies, on eût été amené à continuer le traitement intra-utérin au risque de réinfecter la cavité par l'apport des germes venant du col, et d'aggraver ainsi l'état général.

CONCLUSIONS

1° La lochiométrie est *subordonnée* à l'endométrite puerpérale et à la déviation exagérée de l'utérus. Ces conditions étant particulièrement remplies par les *utérus fibromateux*, il en résulte que ceux-ci s'accompagnent presque fatalement de lochiométrie au cours des suites de couches;

2° *L'antéflexion* est la déviation qui contribue presque exclusivement, au cours des endométrites puerpérales, à l'établissement de la lochiométrie;

3° Dans l'endométrite puerpérale, la *lochiométrie est la règle*, et la non rétention des lochies l'*exception;*

4° La bénignité de l'infection puerpérale, dépendant, pour une bonne part, de l'efficacité du traitement intra-utérin, il est absolument rationnel d'adjoindre au traitement classique de l'endométrite puerpérale, celui de la « *lochiométrie* »;

5° Le traitement de la lochiométrie est constituée par le « *drainage* », associé aux injections antiseptiques intra-utérines. Ces injections peuvent être faites d'une façon discontinue ou continue selon la méthode de *Carrel;*

6° La fréquence de la rétention des lochies au cours des endométrites puerpérales, indique que le traitement asso-

cié doit être institué, *dès le début de l'infection*, afin de prévenir la *lochiométrie;*

7° Tous les moyens que l'on préconisera pour *réduire* les déviations exagérées de l'utérus au cours de l'endométrite puerpérale, contribueront au traitement de cette infection;

8° L'examen bactériologique des lochies infectées est nécessaire, non seulement pour suivre l'évolution du traitement, mais surtout, pour déterminer la part prise par l'utérus dans les états fébriles constatés au cours des suites de couches, et pour préciser la conduite à tenir.

Vu :

Le Président de Thèse,

Dr Jules ROUVIER.

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

Dr CURTILLET.

Vu et permis d'imprimer :

Alger, le 31 octobre 1919.

Le Recteur,

E. ARDAILLON.

Index Bibliographique

AUVARD. — Traité pratique d'accouchements, 1898.

BUMM. — Précis d'Obstétrique.

BAR-BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements.

BARNES. — Traité des maladies des femmes.

BONNAIRE. — Semaine médicale, 1892.

CARREL. — Traitement des plaies infectées.

COYNE. — Anatomie pathologique.

DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'accouchements.

DUMONT. — Des déviations utérines consécutives à l'infection puerpérale, thèse 1902.

DANIEL. — L'Infection puerpérale.

FABRE. — Obstétrique.

FAURE et SIREDEY. — Traité de Gynécologie médico-chirurgicale.

HAMOU. — Thèse de doctorat en médecine 1907.

JEANNIN et GUENIOT. — Thérapeutique, gynécologique et obstétricale.

MOUCHOTTE. — Revue pratique d'Obstétrique et de Padiatrie. Oct. 1902.

POZZI. — Traité de Gynécologie clinique et opératoire.

PINARD. — Semaine Médicale, 24 août 1895.

PERAIRE. — Des endométrites infectieuses (1889, thèse).

QUERREL. — Leçons de clinique obstétricale.

RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — Traité d'Obstétrique.

ROUVIER. — Clinique inédite.

TARNIER. — De l'Asepsie et de l'Antisepsie en Obstétrique, p. 638.

VARNIER. — Obstétrique journalière.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS 9

INTRODUCTION 11

Chapitre premier. — Définition..... 13

Chapitre II. — Historique..... 15

Chapitre III. — Causes de la Lochiométrie..... 19

Chapitre IV. — Symptômes et diagnostic de la Lochiométrie 23

Chapitre V. — Traitement de la Lochiométrie..... 31

Chapitre VI. — Contrôle bactériologique de l'amélioration de la plaie utérine, sous l'influence du drainage 37

OBSERVATIONS 41

Chapitre VII..... 41

CONCLUSIONS 71

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE..... 75

ALGER — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL

ALGER. — TYPOGRAPHIE JULES CARBONEL. — ALGER.